



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

“Revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010”

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. Noemi Mirelly Calle Silva

Bach. Wilson Eduardo Bartra Arévalo

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

TARAPOTO – PERÚ

2012

ANEXO N° 03

CONSTANCIA DEL PROYECTO REALIZADO



CONSTANCIA

QUIENES SUSCRIBEN:

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Y COORDINADOR DE INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN – TARAPOTO, DEL HOSPITAL AMAZÓNICO.

HACEN CONSTAR:

Que, la Interna de Obstetricia **NOEMI MIRELLY CALLE SILVA**, alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**, ha realizado y presentado su Trabajo de Investigación, titulado **"BENEFICIOS DE LA REVISION MANUAL DE CAVIDAD COMO MANEJO PRIMARIO PARA PREVENCION DE HEMORRAGIA POST PARTO, POST EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA, RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS Y DE MEMBRANAS OVULARIOS EN PACIENTES CON PARTO(S) ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZÓNICO – YARINACOCOA, EN EL PERIODO ENERO 2008 – DICIEMBRE 2010"**, revisado por el Coordinador de Internos y con segunda revisión y aprobación del quien suscribe.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Yarinacocha, 30 de setiembre del 2011



MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU-GDS-GRU
Hospital Amazónico
Jorge Isaac Silva Real
OBSTETRA
C.O.P. 11012

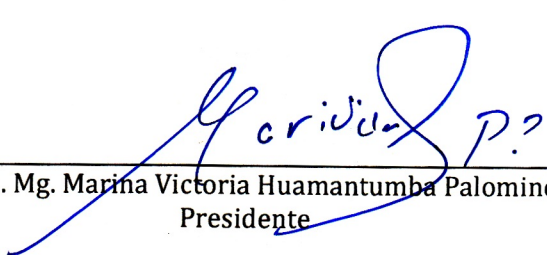



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

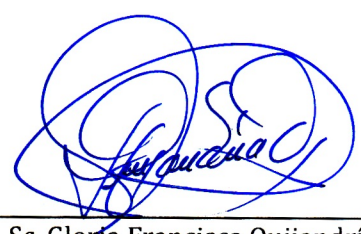
TESIS

"Revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010"

JURADO CALIFICADOR:


Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Presidente


Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez
Miembro


Obsta. M. Sc. Gloria Francisca Quijandría Oliva
Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**"Revisión manual de cavidad uterina como prevención
de complicaciones puerperales en pacientes atendidas
en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.
Enero 2008 - Diciembre 2010"**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE :

OBSTETRA

AUTORES:

BACH. NOEMI MIRELLY CALLE SILVA
BACH. WILSON EDUARDO BARTRA ARÉVALO

ASESOR :

OBSTA. DRA. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

TARAPOTO - PERÚ

2012

DEDICATORIA

A Dios, por darme siempre una
puerta de salida ante cada
adversidad.

A mi Madre **Carmen Silva** por su
apoyo incansable en toda mi
vida, y

A mis hermanos por ser la
depositaria de su fe.

Noemí Mirelly Calle Silva

A Dios que me dio y me da la fuerza
espiritual y me engrandece para salir
adelante ante cualquier adversidad.

A mis padres Wilson y Genma, así como a
mi hermana Juliana, que en todo momento
me brindaron su apoyo incondicional y la
fuerza moral.

A la UNSM, que es la casa en donde se
apuntalaron las enseñanzas de mi carrera.

Wilson Eduardo Bartra Arévalo

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN, por ser forjadora intelectual y permitir que desarrollemos nuestros talentos en sus aulas con el apoyo de sus docentes; agradecemos también a la COMISIÓN ENCARGADA DEL PROYECTO DE TESIS por su dedicación, esfuerzo y constancia en la orientación de los Graduandos.

Agradecemos de manera especial a nuestra asesora la Obsta. Dra. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO, quien a pesar de su recargada agenda nos apoyó en todo momento con su conocimiento en Nuestro Proyecto.

Gracias a todos, siempre los recordaremos.

Los Autores

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	5
Abstract.....	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Antecedentes.....	8
1.2. Marco Teórico.....	9
1.3. Definición de Términos.....	9
1.4. Justificación	10
1.5. Formulación del problema	12
II. OBJETIVOS	24
III. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	25
3.1. Formulación de la hipótesis.....	26
3.2. Operacionalización de variables.....	21
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
4.1. Tipo de estudio	26
4.2. Diseño de investigación	26
4.3. Población y muestra	26
4.4. Procedimiento de recolección de datos.....	28
4.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	29

V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSION.....	32
VII. CONCLUSIONES	39
VIII. RECOMENDACIONES.....	39
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
X. ANEXO.....	44

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objeto de identificar las características de la revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo enero del 2008 a diciembre 2010; para los cual se realizó un estudio descriptivo simple, retrospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por todas las historias clínicas de puérperas de parto vaginal a las que se les realizó revisión manual de cavidad uterina que suman un total de 170 casos (2% de puérperas en el periodo de estudio).

Luego de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados: en el 97% de los casos se realizó la revisión manual de cavidad uterina de 2 a 3 veces; en el 49% de los caso, la principal indicación para realizar la revisión manual de cavidad uterina fue la retención de membranas o restos placentarios; en el 27% la extracción manual de placenta; en el 8% por sospecha de lesión corporal uterina (antecedente de Legrado Uterino, AMEU, o Cesárea); en el 7% por prematuridad; en el 4% por óbito fetal y en el 3% por ruptura prematura de Membranas; 2% otros. En el 65% de las atenciones se administró el tratamiento profiláctico; en el 5% curativo; en el 22%, ambos. Con relación a la conducta de emergencia post revisión manual de cavidad uterina, en el 87% no se realizó ningún procedimiento de emergencia; en el 12% se realizó legrado uterino; y en el 1% histerectomía. La incidencia de complicaciones post procedimiento es: Infección (Vaginitis, Vulvitis, Cervicitis, y Endometritis) 0.3 casos por 100.000 personas sometidas a Revisión manual de cavidad Uterina; y hemorragia post procedimiento es de 0.09 casos por 100.000 personas sometidas a revisión manual de cavidad Uterina.

En base a los resultados obtenidos, se recomienda que en estudios posteriores se pueda abarcar años prospectivamente para verificar si la incidencia aumenta o disminuye con el avance de la tecnología hospitalaria.

ABSTRACT

The present study was to identify the characteristics of the uterine cavity manually checking for preventing complications in patients treated puerperal Hospital Yarinacocha Amazonian during January 2008 to December 2010, for which a simple descriptive study A retrospective, cross-sectional. The sample consisted of all medical records of postpartum vaginal delivery at who underwent uterine cavity manually checking for a total of 170 cases (2% of new mothers in the study period). After the investigation the following results were obtained: in 97% of patients underwent manual review of uterine cavity 2 to 3 times, in 49% of cases, the primary indication for manual review of uterine cavity was retention of placental membranes or remnants, in 27% manual removal of placenta at 8% for suspected uterine injury (with curettage, MVA, or Cesarean) at 7% for prematurity, in 4% for stillbirth and 3% for premature rupture of membranes, 2% other. In 65% of the care was administered prophylactic treatment, in 5% healing, in 22% both. With regard to the conduct of emergency after revision manual uterine cavity, 87% not made any emergency procedure, in 12% curettage was performed, and in 1% hysterectomy. The incidence of post-procedural complications is: Infection (Vaginitis, vulvitis, cervicitis, and endometritis) 0.3 cases per 100,000 persons under manual review of uterine cavity, and post procedure bleeding is 0.09 cases per 100,000 persons under manual review of uterine cavity. Based on the results, it is recommended that further studies can encompass years prospectively to see if the incidence increases or decreases with advancing technology hospital

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES PUERPERALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha. ENERO 2008 – DICIEMBRE
2010

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. ANTECEDENTES.

Chongsomchai C y cols. En su estudio “Antibióticos profilácticos para la extracción manual de la placenta retenida durante el parto vaginal” realizada en el 2005, en el cual tiene como **Objetivos:** Comparar la efectividad y los efectos secundarios del uso sistemático de antibióticos para la extracción manual de la placenta en el parto vaginal en mujeres que recibieron profilaxis con antibióticos o no, e identificar el régimen apropiado de profilaxis con antibióticos para este procedimiento. Para esto se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto, CENTRAL (*The Cochrane Library*, Número 4, 2005), MEDLINE, EMBASE, CINAHL y LILACS. Si se identificaban ensayos elegibles, dos revisores realizaban la evaluación de la calidad de los mismos y la extracción de los datos, de forma independiente. Obtuvo como **Resultados:** que No se identificaron estudios que cumplieran los criterios de inclusión. Y **Concluye** en que No hay ningún ensayo controlado aleatorio que evalúe la efectividad de la profilaxis con antibióticos para prevenir la

endometritis después de la extracción manual de la placenta en el parto vaginal.⁵

Douglas Jarquín G.1 y Sagastume H. en su estudio “Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema”. Realizado en el 2010, cuyo **Objetivo** es Detectar en el Hospital regional de Cobán, Alta Verapaz los casos que presenten Morbilidad Materna Extrema para caracterizar las vidas salvadas y las fallecidas en el período de enero a diciembre del 2010. En el cual Se solicitó a las enfermeras en jefe de los servicios de labor y partos, servicio de maternidad (post-parto y post-operadas), complicaciones prenatales y emergencia; la recolección de los datos de las pacientes que ingresaron a estos servicios y que tuvieron alguna complicación que comprometiera la vida de la paciente, utilizando la clasificación utilizada por S. Geller (Anexo 1) tomando en cuenta este listado se procedió a revisar los expedientes clínicos por los investigadores que con tabla de evaluación cualitativa de S. Geller se clasificaron como morbilidad obstétricas severas; de éstas pacientes se seleccionan las que se incluyen como Morbilidad Materna Extrema y se recoge la información utilizando la hoja de recolección de datos y se alimentó una base de datos con el programa SPSS. Obtuvo estos **Resultados**: Durante el período del estudio ingresaron 9875 ingresos al servicio de Maternidad de las cuales fueron dadas de alta 9505 casos sin ninguna complicación, 370 casos fueron clasificados según la clasificación de

S. Geller (tabla1) como Morbilidad Obstétrica, a estos casos se les aplico análisis cualitativos (tabla2) para clasificar los casos de Morbilidad Materna extrema encontrando 266 casos que cumplían con el criterio de inclusión y 104 no cumplían con ellos, por lo que se clasificaron como morbilidad obstétrica leve y moderada. De los 270 casos clasificados como Morbilidad Materna Extrema, 260 fueron casos egresados como vivas, lo que nos permite clasificarlas como “**Vidas Salvadas**” y 10 casos tuvieron egresos como fallecidas. Entre los eventos más críticos asociados a MME seleccionamos los diagnósticos más frecuentes se encuentra la retención de restos placentarios con 11.1 % cada uno. y se clasificaron 24 casos de atonía uterina y 24 de Ruptura uterina. En cuanto a casos graves se encontró dentro de las principales causas la hemorragia con el 32%, seguido de 2 % de Infecciones. El perfil de las mujeres que presentaron morbilidad obstétrica extrema en relacion a edad se observa que 2 de tres pacientes tenían entre 20 a 35 años de edad, las adolescentes presentaron morbilidad en el 22.2 % de los casos. La edad media fue de 25.8 años con una moda de 21 años. Al 15.5 % de las pacientes se les realizó un procedimiento adicional al requerimiento de su atención obstétrica, 38 histerectomías, 2 laparotomías, 1 histerorráfia y 1 ligadura de Hipogástrica. Y escribe las siguientes **Conclusiones:** dentro de los Eventos más frecuentes encontrados en los casos definidos como MME fue hemorragia mayor de 1500 cc. con el 22.6% de los casos. Al 15.5% de las pacientes se les realizó un procedimiento

adicional al requerimiento de su atención obstétrica, 38 histerectomías, 2 laparotomías, 1 histerorráfia y 1 ligadura de Hipogástrica...⁷

Alvirde Álvaro, Rodríguez Aguíñiga y cols. en su estudio “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Realizado el año 2009, con el **Objetivo** de Evaluar la morbilidad puerperal en las pacientes a quienes se les practicó revisión de cavidad uterina de manera rutinaria e identificar si es un factor de riesgo asociado a infección uterina puerperal. El presente es un estudio de serie de casos, prospectivo, transversal y comparativo. Se incluyeron pacientes que se encontraban cursando puerperio inmediato en el cuarto periodo de la atención de parto y con embarazo de 37 semanas de gestación o mayor. Las pacientes fueron distribuidas aleatoriamente en dos grupos. A las mujeres del grupo I se les realizó revisión manual de cavidad uterina de manera rutinaria, siguiendo las técnicas convencionales de asepsia y antisepsia. A las pacientes del grupo II no se les realizó revisión manual uterina. Ambos grupos se citaron para valoración a la primera y sexta semana posterior al evento obstétrico en busca de infección puerperal y otras complicaciones. Obtuvo los siguientes **Resultados**: Se incluyó un total de 130 pacientes. Cada uno de los grupos contó con 65. No hubo diferencias entre ambos grupos en relación a edad, número de gestaciones y edad gestacional. Las complicaciones se presentaron en tres pacientes (4.61%) del grupo I y en una (1.53%) del grupo II. Las complicaciones en el grupo I

fueron deciduitis en dos pacientes (3.07%) e infección de episiorrafia en una (1.53%). En el grupo II se presentó un caso de deciduitis (1.53%) como única complicación. **Concluye** que La revisión de cavidad uterina en postparto inmediato tiene indicaciones precisas y no debe realizarse de manera rutinaria, ya que no existe diferencia en cuanto a la presentación de complicaciones.⁸

Bataglia-Araujo y cols. En su simposio “PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL” realizada en el año 2006. Cuyo **Objetivo** principal del tratamiento de este tema está dado por el conocimiento de la patología y sus implicancias. Se **Resume** en lo siguiente: A pesar de los avances en la obstetricia moderna, del conocimiento de los factores de riesgo y del empleo de nuevos y potentes antibióticos, la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la paciente obstétrica (15% de las muertes maternas en el mundo). El rango de incidencia de infecciones (de múltiples formas clínicas de presentación) después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea superior al 10%. La etiología de la infección puerperal es generalmente de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres, por lo que es fundamental para evitar su instalación el respeto por las normas básicas de asepsia antisepsia por parte de los proveedores de atención y la limitación de las intervenciones a aquellas

demostradas como necesarias para una atención calificada del parto. La metritis es la infección del útero después del parto. Son factores predisponentes la duración del parto, la rotura prematura de membranas, vaginosis bacteriana, el número de exploraciones vaginales, la utilización de fórceps, anemia y el traumatismo del tejido blando materno. El tratamiento antimicrobiano, tanto preventivo como terapéutico, debe fundamentarse en postulados de medicina basados en la evidencia y adecuarse a cada paciente individual y las posibilidades del nivel de atención. La demora en el inicio del tratamiento de la metritis o su manejo inadecuado pueden ocasionar a la mujer complicaciones graves, incluso la muerte, que pueden ser prevenidas. **Conclusiones:** Tener siempre presente que, ante un cuadro de infección puerperal una atención calificada es primordial para salvar vidas y mejorar las condiciones de salud reproductiva futura de las mujeres, y esta atención debe ser: • Individualizada de acuerdo a las condiciones particulares de cada caso. • Basada en evidencias. • Adecuada a la realidad de cada medio. Y que, siempre que se deba tomar decisiones terapéuticas se debe respetar el orden de prioridades del tratamiento:– Salvar la vida– Preservar la función– Salvar el órgano.⁹

Sanabria Fromherz, MSc. Y Fernández Arenas en su estudio “Comportamiento patológico del puerperio” realizada en el **2011**, cuyo **Objetivo** es Caracterizar el puerperio patológico durante un trienio en el

hospital ginecobstétrico provincial. Determinar la incidencia y causas de las complicaciones en el puerperio señalando la frecuencia de las mismas. Identificar la vía del parto y edad de la puérpera complicada, teniendo en cuenta la estadía post parto y reingreso. Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo de las puérperas que tuvieron alguna complicación durante el período de enero 2007 a diciembre 2009, en el Hospital Ginecobstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas, que tuvieron su parto o cesárea en el hospital. Se recolectaron los datos a través de un modelo confeccionado al efecto, previo consentimiento escrito de las pacientes, se describieron variables operacionalizadas. Obtuvo los siguientes **Resultados:** La incidencia de las complicaciones puerperales fue del 3,05 %, las principales complicaciones halladas fueron la mastitis aguda (19,2 %) y endometritis puerperal (15,7 %). Las complicaciones se relacionaron con el parto vaginal en el 64,5 %, estadía hospitalaria entre 2 y 7 días ocurrió en el 66,3 %. **Concluye:** Se logró caracterizar el puerperio, considerando que las complicaciones tienen baja incidencia, con riesgo significativo en adolescentes y mujeres muy jóvenes, fueron frecuentes las complicaciones mamarias, con mayor incidencia en pacientes con partos vaginales lo que implica estadías prolongadas.¹⁰

A nivel nacional no se encuentran estudios nacionales relacionados con el tema en mención, se encontró información muy sesgada y aislada sin un procesamiento científico.

Morales Dávila en su estudio ;"Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia post parto en sala de parto del Hospital Amazónico Yarinacocha 2008 – 2009" realizado en el año 2009 con el **Objetivo** de determinar las acciones que se deben realizar con precisión durante el tercer periodo para prevenir la hemorragia post parto; empleó una muestra de 420 pacientes seleccionadas al 100% se recolecta datos durante 9 meses. Y **Concluye** que, Más de 50% de pacientes estudiadas tenían entre 20 – 39 años, 59% eran referidas, índice de hemorragia post parto fue de 1.7%, el índice de hemorragia post parto fue mayor en partos post termino 17.4%, 22.9% tuvo control prenatal inadecuado, el 59% de las pacientes tuvo factores de riesgo en el embarazo para hemorragia post parto como: primigesta(46.4%), abortos previos(10.7%), edad, anemia, síndrome hipertensivo, multiparidad y 49% tuvo factores de riesgo intra parto como: oxitocina(32.8), parto prolongado, parto precipitado, macrosomía, y ruptura prematura de membranas. El 33.1% de las pacientes se indicó manejo de primer periodo con oxitocina y misoprostol.¹¹

Sousa Salazar en su estudio ,“factores de riesgo asociados a revisión manual de cavidad endouterina de las usuarias atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha 2008- 2009” realizada en el año 2009 con el **Objetivo** de

Determinar los factores de riesgo asociados a revisión manual de cavidad endouterina de las usuarias atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha

Concluye que: la edad materna no es un factor de riesgo para RMC, paridad mayor de 2 constituye un factor de riesgo para retención de membranas (62.8%), antecedente de aborto y de cesárea previa NO es un factor de riesgo (25.7%) y (5.1%); el 71% de las pacientes sometidas a RMC tuvieron como patologías maternas: RPM, APPT, ITS. La extracción manual de placenta constituye una indicación de RMC obligatoriamente. La edad gestacional no constituye un factor de riesgo para RMC.¹²

1.2. MARCO TEORICO.

La revisión manual de cavidad uterina como concepto aún no se encuentra especificado en las literaturas universales como: Williams, Schwarz, Mongrut u otros pues algunos solo la mencionan como una posible alternativa después de la extracción manual de placenta (Williams).¹³

Dentro de las **Complicaciones Puerperales** las diversas bibliografías coinciden en que las principales son la hemorragia y la infección. En cuanto a la **morbilidad puerperal** Williams menciona que es cuando existe una temperatura de 38.0°C o más durante dos de los primeros días del puerperio, excluyendo a las primeras 24 h, que se mide con un termómetro oral siguiendo la técnica tradicional cuando menos **cuatro** veces al día. ¹⁴ pero en la otras bibliografías solo es un indicador estadístico.

Sobre **Hemorragia post parto** relacionado con morbilidad puerperal, Schwarz nos dice que: Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto y ocurre entre el 5 y el 10% de los partos. Puede llegar a constituir uno de los procesos más serios (sino el más grave) de los que afectan a la madre en el estado grávido puerperal.¹⁵ Mongrut define como: cantidades mayores de 500 c.c. de sangre alcanzan el nivel de hemorragia; sin embargo, actualmente, con la dirección del parto y el uso de oxitócicos, debe considerarse como hemorragia cuando el volumen de pérdida exceda los 300 c.c.¹⁶

y Williams refiere que: Es la pérdida de 500 ml o más de sangre una vez completada la tercera fase de trabajo de parto.¹⁴

Williams dice que en las mujeres con fiebre durante las primeras 24 h después del parto vaginal se diagnosticaba una infección pélvica.¹⁴ Schwarz denomina **Infección Puerperal** a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto. Esta definición fija el concepto infeccioso primordial de la enfermedad puerperal, sin prejuzgar sobre una generalización posible, pero no imprescindible, y sin aceptar como componente indispensable para el diagnóstico al síndrome febril. Estas razones son las que han permitido eliminar de la sinonimia las expresiones "septicemia puerperal", "sepsis puerperal" y "fiebre puerperal", inapropiadas porque conducen a equívocos o por la vaguedad conceptual a que inducen.¹⁵ Para Mongrut es una seria complicación del puerperio no obstante los progresos de la asepsia y de la antibiótico terapia.¹⁶

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas. Este es un procedimiento que se practica en la

mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato. Desde tiempo atrás se han establecido indicaciones para la revisión uterina que van desde su uso rutinario, hasta realizarla sólo cuando después de una revisión cuidadosa de la placenta se observa un alumbramiento incompleto.⁸

Vicente Bataglia-Araujo en su simposio PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL sugiere que: Si se sospecha retención de fragmentos placentarios, realizar una exploración digital del útero para extraer los coágulos y los pedazos grandes.⁹

Osvaldo Alvirde Álvaro y cols. En su estudio Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato concluye que Siendo la revisión uterina postparto un procedimiento muy frecuente en todas las instituciones de atención obstétrica, llama la atención la poca importancia que se le da a este tema y la falta de evaluación en cuanto a técnicas de asepsia y antisepsia previas a dicho procedimiento; También aconseja realizarla en las siguientes situaciones.⁸

Indicaciones:

1. Retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Alumbramiento manual previo.
3. Sospecha de lesión corporal uterina y cesárea anterior.
4. Presencia de hemorragia uterina postparto.
5. Parto pretérmino.

6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
7. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
8. Parto fortuito.
9. Óbito.

Procedimiento para la revisión manual de cavidad uterina

- Informar a la mujer y familiares el procedimiento que se va a realizar.
- Solicitar el apoyo de otro profesional de salud como ayudante.
- Pedir que evacue la vejiga o colocar sonda vesical previa asepsia y antisepsia.
- Abrir vía endovenosa con CINA 9‰ 1,000 ml.
- Administrar separadamente petidina 50 mg y diazepam 10 mg endovenoso, lento y diluido; y atropina 0.5 mg endovenoso.
- Lavarse las manos y colocarse guantes estériles, mandilón y mascarilla.
- Colocar a la mujer en posición de litotomía.
- Limpiar los genitales con agua y jabón. Aplicar un antiséptico yodado y colocar campos estériles.
- Introducir una mano para deprimir la pared posterior de la vagina y separar lo más que se pueda las paredes laterales.
- Introducir la otra dentro de la cavidad uterina.
- Tomar el fondo uterino con la mano izquierda y fijarlo para evitar que se desplace.

- Realizar un raspado de la cavidad uterina con los dedos enguantados, desde el fondo uterino al cérvix, sin sacar la mano de la cavidad. El raspado debe ser en forma ordenada, tratando de revisar cada zona del útero hasta estar seguro que no han quedado restos placentarios (que se palpan como una zona más blanda que el resto de las paredes uterinas).
- De identificar la presencia de membranas adheridas (una superficie más lisa que el resto del útero), repetir la maniobra con una gasa estéril.
- Maniobra para fijar la gasa: estirar la gasa, evitando que los bordes deshilachados estén libres; envolver los dedos índice y mayor dejando un extremo para cogerla con el anular y el meñique sobre la palma de la mano; y, administrar antibióticos de amplio espectro.

Seguimiento.

- Controlar las funciones vitales, síntomas y sangrado cada 15 minutos dentro de las siguientes 2 horas.
- Mantener la vía endovenosa por las dos horas siguientes.¹⁷

Tratamiento.

La sugerencia reciente de la Organización Mundial de la Salud de una dosis única de 2 mg de ampicilina por vía intravenosa más 500 mg de Metronidazol por vía intravenosa o 1 g de Cefazolina por vía intravenosa más 500 mg de Metronidazol por vía intravenosa para la extracción manual

de la placenta en el parto vaginal. El fundamento de esta recomendación se basa en que dichos antibióticos cubren la flora aeróbica y anaeróbica comúnmente observada en el aparato genital; son de amplia disponibilidad, son de bajo costo y seguros; y se usan sólo en el momento del procedimiento para reducir la carga bacteriana durante el procedimiento - de acuerdo con los principios de profilaxis con antibióticos para la cirugía.¹⁸

CONDUCTA DE EMERGENCIA POST REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

Legrado uterino puerperal:

Cuando el miometrio se encuentra contraído suele efectuarse un legrado concienzudo pero cuidadoso con una cucharilla afilada grande. El examen ultrasonido transoperatorio puede ser de utilidad para comprobar que la cavidad uterina se encuentra vacía. Puede preferirse la histerectomía en vez de legrado.¹³ El servicio de obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid publicó en 2010 una investigación que concluye que el legrado puerperal es uno de los posibles sucesos adversos que pueden ocurrir tras el parto. Los datos de este estudio reflejan que la incidencia es similar en los partos vaginales y en los instrumentales, pero menor en los alumbramientos con cesárea.²²

Histerectomía abdominal total:

La mayor parte de las histerectomías peri parto se realiza para detener la hemorragia por atonía uterina resistente al tratamiento, hemorragia del segmento uterino inferior desde la incisión de la cesárea o del sitio de la implantación de la placenta, desgarro de vasos uterinos mayores...en la actualidad las indicaciones más frecuentes para la histerectomía cesárea son los trastornos de implantación placentaria, como placenta previa y variaciones de la placenta ácreta.¹³

COMPLICACIONES MATERNAS EN POST PARTO.

La infección y la hemorragia son complicaciones importantes de la extracción manual de placenta y por ende de la Revisión Manual de cavidad.⁵

La Morbilidad materna extrema también conocida como *near miss*, “cerca de la muerte” o “casi muerta” es definida como una embarazada o mujer en período del puerperio muy enferma, con riesgo de muerte, la cual ha tenido un manejo apropiado o inapropiado. En algunas regiones del mundo la muerte materna es un evento infrecuente, la recolección de casos de morbilidad materna extrema ha mostrado ser un mecanismo para identificar fallas en el sistema de salud y prioridades en el cuidado materno. Su uso rutinario como un indicador, es aún limitado debido a falta de un criterio uniforme en la identificación de los casos.²⁰

Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo sufren de enfermedades de corto y largo plazo, relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna severa varía entre 0.04 y 10.61 por ciento.⁰⁷

Las causas de mortalidad materna son repetidas en las distintas regiones del mundo, y son: hemorragia, retención de restos placentarios, sepsis... Varios investigadores, basaron sus datos en eventos adversos únicos, como la hemorragia post-parto. ^{op cit}

Las complicaciones en post parto puede tomar 2 cursos básicamente: Hemorragia e Infección.

HEMORRAGIAS EN POST PARTO

Podemos clasificarlas en: Hemorragias del alumbramiento y Síndromes Hemorrágicos del puerperio.

Hemorragias del alumbramiento: Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto y ocurre entre el 5 y 10% de los partos. Puede llegar a constituir uno de los procesos más serios –si no el más grave- de los que afectan a la madre en el estado grávido puerperal. La cantidad de sangre que puede perder una parturienta sin alterar su economía es variable; depende de su estado físico anterior y de la velocidad y cantidad de sangre extravasada. Por lo tanto, establecer cuando una

hemorragia requiere intervención activa estará determinado por la evaluación no solo de la misma si no de la paciente en su conjunto. Al mismo tiempo la paciente puede presentar un cuadro del shock hemorrágico: palidez, sudoración, polipnea, etc., a lo que se suman los dos signos capitales: hipotensión y taquicardia, los que pueden alcanzar grados extremos. Ambos se instalan progresivamente, pero a veces se pueden mantener dentro de los límites normales a pesar de la genitorragia continua, para hacer su aparición brusca en cualquier momento.

Después del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retare aún más, a que las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y a que estos se ocluyen por la formación de trombos. La alteración de cualquiera de estas etapas, según se enumera a continuación puede determinar un hemorragia en el alumbramiento: las distocias dinámicas (inercia y anillos de contracción), las anatómicas (adherencia anormal de la placenta) y la retención de restos placentarios.

Síndromes Hemorrágicos del puerperio: Algunas de las causas señaladas como productoras de las hemorragias uterinas precoces del alumbramiento lo son también de las metrorragias que ocurren entre el 2º y 25º día del puerperio. La retención de cotiledones o de fragmentos placentarios suele ser el origen más frecuente de hemorragia tardía en el puerperio. La primera manifestación

puede ser una metrorragia grave luego del 10º día del parto. La sangre es roja; la pérdida es indolora y con pocos coágulos. Al tacto, el cuello tiene su orificio entreabierto. El útero subinvolucionado es blando y doloroso. Puede acompañarse con hipertermia, pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos existe infección, aun sin manifestaciones clínicas. Se atenderá el estado general de la paciente y se tratará la infección, si la hubiere con antibióticos. Se administraran oxitócicos antes de realizar el legrado evacuador. La bolsa con hielo es de indicación constante. En aquellos casos de hemorragia graves repetidas e incontrolables se podrá llegar a la histerectomía.¹⁵

Infecciones puerperales

Se denomina infección puerperal a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto.

Esta definición fija el concepto infeccioso primordial de la enfermedad puerperal, sin prejuzgar sobre una generalización posible, pero no imprescindible, y sin aceptar como componente indispensable para el diagnóstico al síndrome febril. Estas razones son las que han permitido eliminar de la sinonimia las expresiones "septicemia puerperal", "sepsis puerperal" y "fiebre puerperal", inapropiadas porque conducen a equívocos o por la vaguedad conceptual a que inducen.

La frecuencia de la infección puerperal es del 2% y corresponde en la mayoría de los casos a las formas leves. ¹⁵

La infección del útero posparto es la causa más común de fiebre puerperal y se la designa según la extensión de la enfermedad como endometritis o endomiometritis. La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto(EPP), especialmente después de la rotura de membranas de cualquier duración. El rango de incidencia de EPP después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea de superior al 10%.⁰⁹

INFECCIÓN PUERPERAL LOCALIZADA

VULVITIS PUERPERAL.

Se puede observar en los primeros días del puerperio, a nivel de los desgarros de la vulva y del periné. Cuando interesa solamente a los planos superficiales se caracteriza por una discreta elevación de la temperatura y dolor al tacto localizado en la zona de la herida, la cual se halla recubierta por una placa pseudomembranosa grisácea, rodeada, a veces, de una placa de linfangitis. Puede en algunos casos evolucionar e invadir por vía linfática el parametrio, con producción de una parametritis, o ascender para infectar el endometrio, o bien hacia la profundidad de la estroma, dando lugar a la úlcera puerperal. Cura por lo general rápidamente con un simple tratamiento local.

VAGINITIS PUERPERAL.

Es excepcional y se asemeja a la vulvitis puerperal en sus caracteres clínicos y tratamiento. La sutura de las heridas vaginales es la razón de su rareza actual. Debe ser recordado como causa de vaginitis el olvido en que se incurre, a veces, del tapón de gasa que se coloca en la vagina para facilitar la sutura de las heridas por episiotomías o desgarros.

Cuando se hace el diagnóstico de vaginitis puerperal es conveniente investigar la existencia de una parametritis o una endometritis producidas por vecindad o concomitantes con ella.

CERVICITIS PUERPERAL. Se produce como consecuencia de los desgarros del cuello y no constituye, por lo general, un proceso importante para la puérpera.

ENDOMETRITIS PUERPERAL. Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria.

La sintomatología, de comienzo generalmente brusco, se inicia entre el 1° y 5° día después del parto, con escalofríos netos, acompañados de temperatura que oscila entre 39° y 40° C y taquicardia. El útero se palpa subinvolucionado, blando y doloroso. Los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos. Se distinguen las siguientes variedades:

Séptica. Con poca reacción y fuerte invasión bacteriana profunda; germen causante: estreptococo o estafilococo piógeno; pocos loquios, sin fetidez

Pútrida. Con fuerte reacción superficial, abundante tejido necrótico, loquios copiosos, espesos fétidos; agente causal: colibacilo o anaerobios. Cuando el *Clostridium perfringens* es el agente causal principal de la endometritis, puede acontecer el pasaje a la circulación general de este microorganismo y de su toxina de acción fuertemente hemolítica, produciéndose el síndrome icteroazoémico de Mondor.

Parenquimatosa. La infección alcanza las capas musculares. El útero es grande y blanduzco. Puede ser simple o supurada.

Disecante o gangrenosa. Con formación de zonas esfaceladas en pleno músculo uterino, que son eliminadas por vía natural o que pueden dar lugar a la perforación espontánea de la pared y a la peritonitis consecutiva. En la forma disecante se expulsan grandes colgajos musculares, que en los casos extremos pueden proseguir hasta la total eliminación de músculo uterino. Los loquios son abundantes, negruzcos y muy consistentes.

Loquiómetra. Ocurre cuando el flujo de loquios e su arrastre hacia el exterior es dificultado por una anteversión exagerada del cuerpo uterino que ocluye el orificio del cuello y las secreciones se acumulan en el interior de la cavidad uterina (o por adherencia).

La evolución hacia formas de propagación y generalización más graves,

corrientes en otra época, no es ya de observación desde que se implantó el uso terapéutico de quimioterápicos y antibióticos. Pero hay que tener siempre en cuenta que la endometritis séptica puede ser el punto de partida de la propagación de la infección por todas las vías y del desencadenamiento del shock séptico. Se desprende de lo dicho que el pronóstico es benigno en la actualidad.¹⁵

Clasificación de las infecciones y vías de propagación de la infección

- Localizada al útero
 - Endometritis
 - Endomiometritis
- Localizada al aparato genital
 - Anexitis
 - Parametritis
 - Salpingitis
 - Salpingooforitis
 - Flemón del ligamento ancho
 - Flemón de la vaina hipogástrica
- Propagada a la pelvis
 - Pelviperitonitis
- Propagada al abdomen
 - Peritonitis generalizadas

- Otras

- Mastitis puerperal

- Tromboflebitis séptica

- Infección urinaria

- Sepsis

- Choque séptico¹⁰

TRATAMIENTO GENERAL

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.

Teniendo en cuenta la suma de factores que hemos estudiado como predisponentes a la infección puerperal, la eliminación o por lo menos la atenuación de los mismos será la primera medida profiláctica a tomar; a tal efecto se deberá:

- 1) Reducir al mínimo indispensable el tacto vaginal durante el parto, y más todavía en el puerperio, para evitar que el mismo sea el medio de transporte de gérmenes patógenos hasta las soluciones de continuidad que aun en los casos más fisiológicos se crean en el conducto del parto.
- 2) Cumplir al máximo con las reglas de asepsia y antisepsia.
- 3) En los casos de rotura prematura de las membranas, instituir tratamiento con antibióticos una vez iniciado el trabajo de parto.

TRATAMIENTO CURATIVO.

Tratamiento antiinfeccioso. Debe conducir, en primer término, a combatir el agente causante de la enfermedad. El ideal del tratamiento antiinfeccioso es atacar específicamente a los gérmenes individualizados mediante cultivo de las secreciones focales. Individualizado el germen, se debe determinar la sensibilidad del mismo a los distintos agentes terapéuticos antimicrobianos, para administrar, en las dosis adecuadas, el quimioterápico o antibiótico que el antibiograma señale como de mayor efectividad. Cuando no se pueda realizar este procedimiento, se escogerá la clindamicina, 900 mg IV cada 8 horas, o en su defecto penicilinas de amplio espectro, o cefalosporina, 1 g IV cada 6 horas, más un aminoglucósido (gentamicina, 3 mg/k día IV). En los casos en que se sospeche infección por anaerobios se recomienda la administración de 1 g IV de metronidazol.

El tratamiento quirúrgico, de indicación frecuente en otro tiempo, ha sido suplantado en la mayoría de sus indicaciones por el tratamiento médico. Pero todavía quedan casos en los cuales la intervención quirúrgica puede resultar la conducta de elección. Ellos han sido señalados al tratar la terapéutica especial de cada una de las formas clínicas de la infección puerperal.

Tratamiento complementario. El tratamiento higiénico dietético sintomático debe conducir al mejoramiento del estado general de la

paciente, así como a la corrección oportuna del déficit de los principales órganos: corazón, hígado, riñón, etc. El ambiente ventilado, la hidratación adecuada, la alimentación hipotóxica, con las calorías indispensables, pero cuya asimilación resulte fácil, y la profilaxis de la constipación y, en general, el buen funcionamiento de los emuntorios completan los lineamientos generales del tratamiento higiénico dietético. La sedación del dolor con analgésicos así como el uso de antipiréticos reducen el desgaste del organismo y facilitan su defensa. El insomnio y la agitación se tratarán con tranquilizantes. Se harán también transfusiones de plasma o sangre. El medio interno debe ser investigado para instituir tempranamente un tratamiento que mantenga el equilibrio hidrosalino durante todo el proceso. En el caso de las endometritis está indicada la administración de oxitócicos y la posición semisentada para facilitar la eliminación loquial. ¹⁵

1.1. DEFINICION DE TERMINOS.

REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA: Acciones referentes a explorar y extraer restos endouterinos utilizando las manos.

PUERPERIO: En la fisiología humana, el **puerperio** (coloquialmente **cuarentena**) es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto.

INFECCION: Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.^{1 2} Esta infección puede ser local o sistémica.

HEMORRAGIA: Es la fuga de sangre fuera de su camino normal dentro del sistema cardiovascular (venas, arterias y vasos sanguíneos). Es una situación que provoca una pérdida peligrosa de sangre y puede ser interna o externa²¹

1.2. JUSTIFICACIÓN.

La investigación de la Revisión Manual de Cavidad Uterina es muy necesaria pues a pesar de su continua práctica existen pocos estudios que comprueben si realmente es una buena práctica. Osvaldo Alvirde Álvaro y cols. En su estudio **Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato** concluye que siendo la revisión uterina postparto un procedimiento muy frecuente en todas las instituciones de atención obstétrica, llama la atención la poca importancia que se le da a este tema y la falta de evaluación en cuanto a técnicas de asepsia y antisepsia previas a dicho procedimiento⁸

Además en 1985, en una reunión que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, establecieron una serie de recomendaciones basadas en prácticas similares (WHO 1985). La exploración manual de rutina del útero después del parto se cataloga como un procedimiento clasificado en la categoría B: «Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberán ser eliminados» así como dentro de la categoría D: «Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea». ^{op cit} Pero en esta oportunidad no empleamos el uso de la Revisión Manual de cavidad Uterina de uso Rutinario si no con indicaciones previas encontradas en las conclusiones de estudios previos.

El aporte es reforzar que la Revisión Manual de Cavidad Uterina es una práctica que, según las indicaciones nos puede resultar útil y cumplir con nuestra primera misión al momento de una emergencia que es “Salvar Una vida”. Por lo tanto los principales Beneficiados son los pacientes, pues con la capacitación de muchos profesionales de servicio Obstétrico en Periferia, estos tendrán la competencia para aplicarla adecuadamente, y reconocer la necesidad de una nueva intervención ante cualquier signo de complicación puerperal, sin necesidad de llegar a Near Miss “casi muerta” ⁷, según la terminología de estudios paraguayos.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué características tiene la revisión manual de cavidad uterina realizada como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo enero 2008 a diciembre 2010?

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de la revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo Enero del 2008 a Diciembre 2010.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el número de casos de revisión manual de cavidad uterina en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo Enero del 2008 a Diciembre 2010
- Conocer el número de veces que se realiza la revisión manual de cavidad uterina a cada paciente.
- Identificar las principales indicaciones para realizar la revisión manual de cavidad uterina.
- Describir el tipo de tratamiento administrado a las puérperas a quienes se realizó la revisión manual de cavidad uterina.
- Identificar la conducta de emergencia post revisión manual de cavidad uterina.
- Determinar la incidencia de complicaciones post procedimiento (hemorragia e infección puerperal).

III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis de investigación.

Hipótesis implícita.

3.2. Variable.

Características de la revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales.

3.3. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Dimensiones	indicadores
Revisión Manual de Cavity Uterina	Exploración manual de la cavidad uterina se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas. ⁸	Acciones referentes a explorar y extraer restos endouterinos.	<p>Nº de veces</p> <p>Indicaciones</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3 a +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención de fragmentos placentarios o membranas. • Alumbramiento manual previo. • Sospecha de lesión corporal uterina y cesárea anterior. • Presencia de hemorragia uterina postparto. • Parto pre término. • Ruptura de membranas de seis horas o mayor. • Enfermedad hipertensiva del embarazo. • Óbito.

			Terapéutica Conducta de emergencia Complicacion es puerperales	Profiláctica Curativa Ninguna Legrado Uterino Histerectomía Abdominal Hemorragia Vulvitis Vaginitis Cervicitis Endometritis
--	--	--	---	--

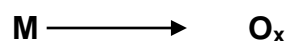
IV. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio

El estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado es Descriptivo simple:



Donde

M : Puérperas de parto vaginal con revisión manual de cavidad uterina atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha en el periodo Enero 2008 – Diciembre 2010.

O_x : Observación de las características de la revisión manual de cavidad uterina.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION:

La población estuvo conformado por 170 puérperas de parto vaginal con revisión manual de cavidad uterina atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha en el periodo Enero 2008 – Diciembre 2010

MUESTRA:

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, el 100% de la población la que la conformaron 170 Puérperas de parto Vaginal a quienes se les practicaron revisión manual de cavidad uterina y que fueron atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha en el periodo Enero 2008 – Diciembre 2010,.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Historia clínica de Puérpera de parto Vaginal con revisión manual de cavidad Uterina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los casos de puérperas de parto vaginal con revisión manual de cavidad uterina atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo de estudio y que cuenten con información requerida en su respectiva historia clínica.
- Atendidas en el periodo Enero del 2008 – Diciembre del 2010

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Historias clínicas de partos atendidos en el transcurso de traslado al Hospital.
- Historias clínicas que no cuenten con adecuada información requerida por el estudio.

5.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Método: Cuantitativo

Técnica:

Se utilizó la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes de partos vaginal con revisión manual de cavidad uterina

Instrumento:

Se elaboró una ficha de recolección de datos (lista de cotejo).

Esta lista, fue elaborada por los mismos investigadores, cuenta con 5 ítems que pretende identificar las características de la revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales (Anexo 01)

Eficacia del instrumento:

Para conformar la versión definitiva del instrumento se realizó:

Validez de contenido:

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 3 expertos especialistas vinculados con el tema (01 Gineco-obstetra y 02 Obstetras). El análisis efectuado por expertos incluyó la evaluación de los ítems de la lista de cotejo desarrollada por los investigadores. Las sugerencias, hallazgos y recomendaciones dadas por los expertos fueron tomados en cuenta para la realizar los cambios pertinentes del instrumento de investigación. (Anexo 02).

Validez de constructo:

El instrumento después del análisis de validez se afinó y aplicó a una muestra piloto, donde se validó la claridad, lógica y la apariencia del instrumento. La prueba piloto estuvo conformada por 05 historias clínicas de pacientes que no conformaron parte de la muestra.

5.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se elaboró una base de datos en Excell 2010, donde se transcribió la información obtenida en la lista de cotejo.

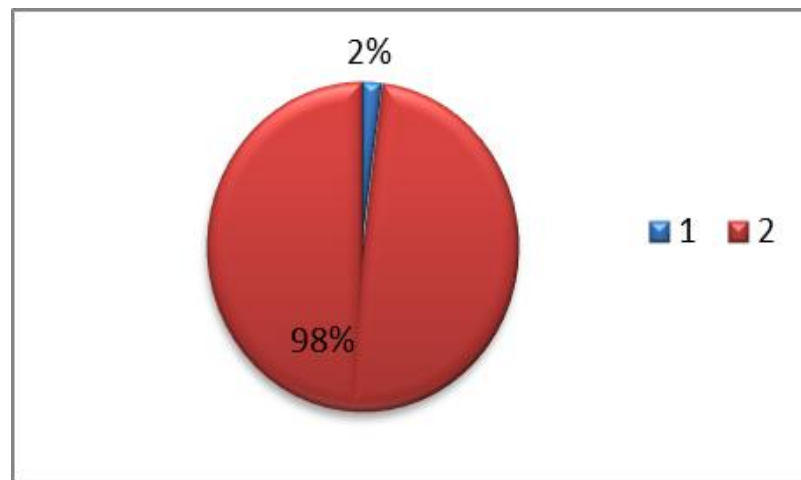
Luego se procesó los resultados a través del paquete estadístico SPSS vs 19.

Se empleó la estadística descriptiva como frecuencia, porcentaje y media aritmética, la cual permitió la elaboración de gráficos simples, diagrama de barras y torta según sea necesario.

V. RESULTADOS

GRÁFICO N° 01:

PACIENTES ATENDIDAS, SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES. HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA. ENERO 2008 – DICIEMBRE 2010

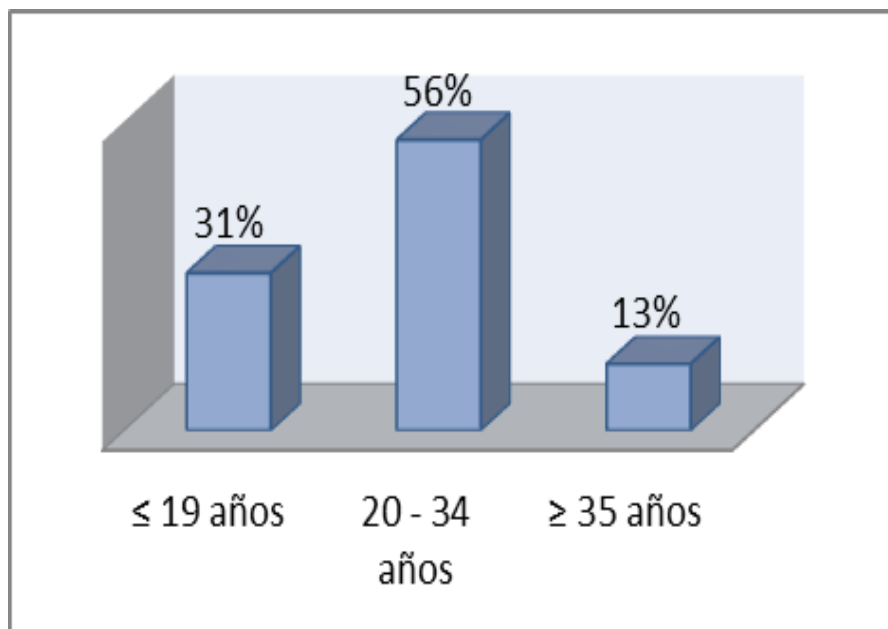


1. REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA 2. NO REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

De 7402 historias clínicas de partos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2008 al 2010, el cuadro N° 01, nos muestra que la Revisión Manual de Cavidad uterina fue practicada en 170 (2%) pacientes y 7232 (98%) no necesito este procedimiento.

GRÁFICO N° 02.

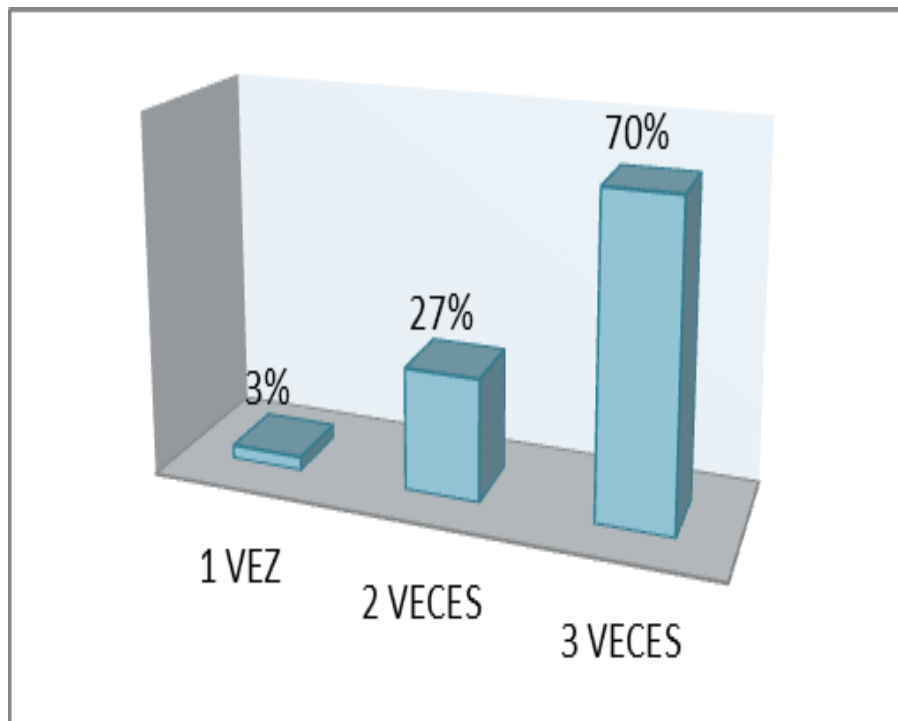
EDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS, SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES. HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha. ENERO 2008 – DICIEMBRE 2010



De la población a la que se le practicó el procedimiento de Revisión Manual de cavidad Uterina, 56% (96) se encuentra entre los 20 y 34 años de edad, 31% (52) son menores de 19 años y 13% (22) son mayores de 35 años. Promedio: 24.8, Moda: 16 años, Rango 14 – 42 años de edad.

GRÁFICO N° 03:

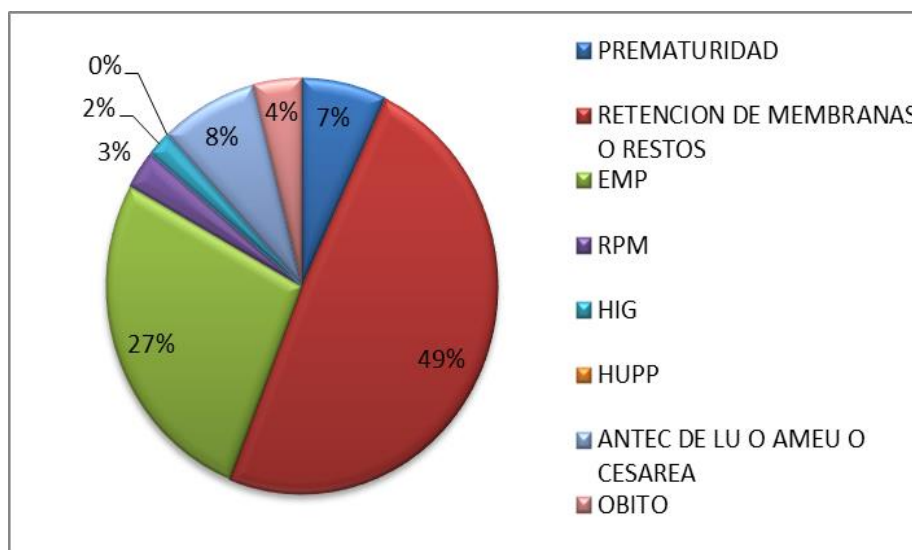
NÚMERO DE VECES QUE LA REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA FUE APLICADO A UNA MISMA PACIENTE.



De 170 procedimientos realizados el grafico N° 3 nos muestra que: El 70% (119) de procedimientos aplicados fue realizado por 3 veces a una misma paciente, el 27% (46) fue aplicado por 2 veces a una misma paciente y el 3% (5) solo se realizó una vez.

GRAFICO N° 04.

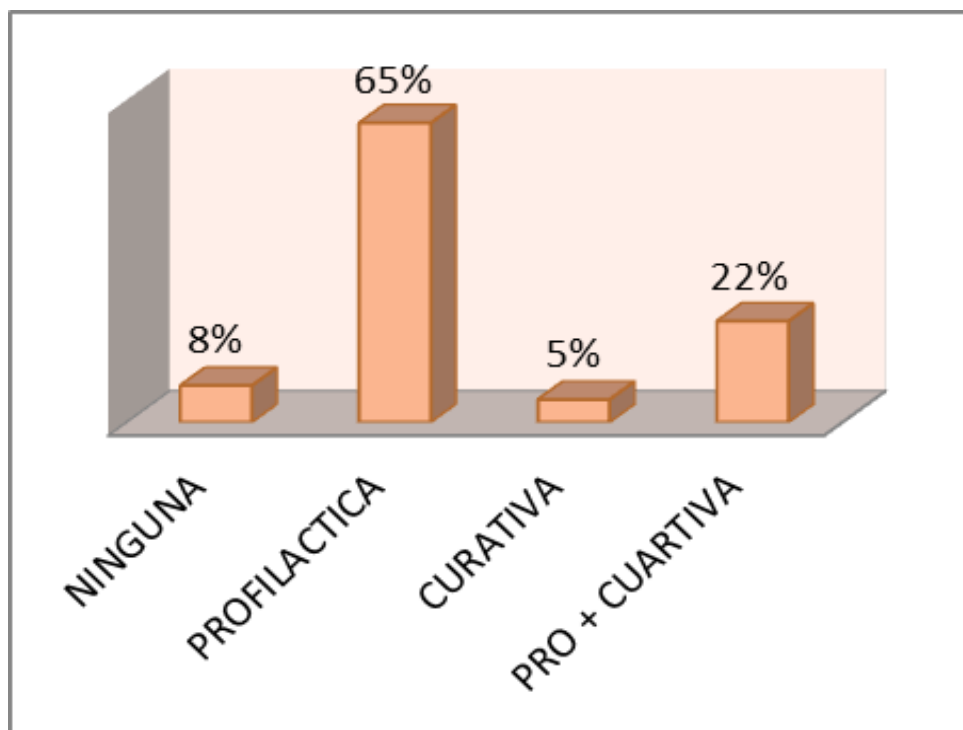
PRINCIPALES INDICACIONES PARA REALIZAR REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA, SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES. HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha. ENERO 2008 – DICIEMBRE 2010



Las indicaciones por las cuales se realizó la Revisión Manual de Cavidad Uterina van en el siguiente orden: En primer lugar se encuentra la retención de membranas o restos placentarios con 49%(84), seguidamente la Extracción Manual de Placenta con 27%(46), 8%(13) se realizó por sospecha de lesión corporal uterina (antecedente de Legrado Uterino, AMEU, o Cesárea), 7%(11) fue realizada por prematuridad, 4%(7) se realizó por Óbito Fetal, 3%(5) por Ruptura Prematura de Membranas y 2%(4) por Hipertensión en gestación.

GRAFICO N° 05.

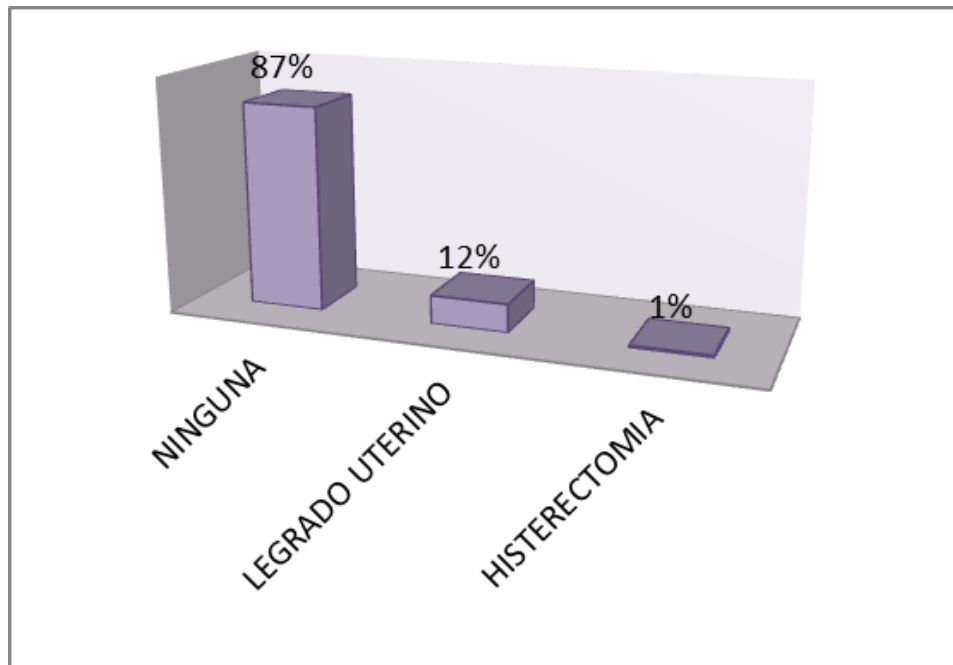
TIPO DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO A LAS PUÉRPERAS A QUIENES SE REALIZÓ LA REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA.



La conducta terapéutica más usada es la Profiláctica con 65%(110), 5% (9) recibió tratamiento curativo, 22%(38) recibió ambos tratamientos y 8%(13) no recibió ningún tratamiento.

GRAFICO N° 06.

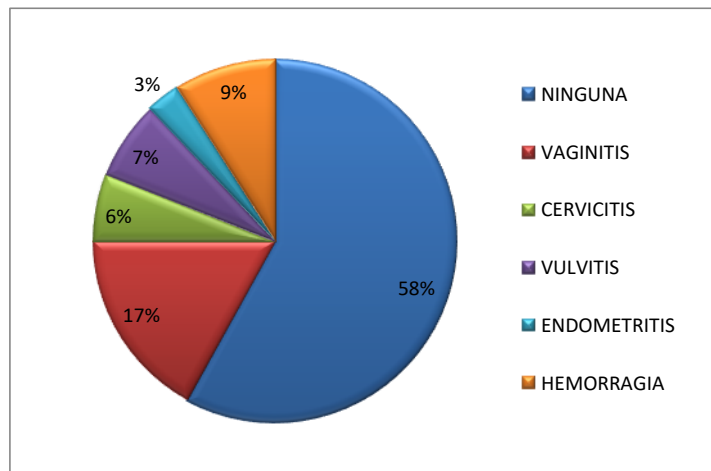
CONDUCTA DE EMERGENCIA POST REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA, SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES.



La conducta de emergencia tomada después de una Revisión Manual de Cavidad Uterina no efectiva fue: Legrado Uterino con un 12%(20), solo un 1% (1) de los casos se recurrió a Histerectomía, y en 87%(149) de los casos no se necesitó otro procedimiento

GRAFICO N° 07.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO, SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES.



Dentro las complicaciones encontradas después de una Revisión Manual de Cavidad Uterina son: Vaginitis (28) con 17%, el 9% presentó Hemorragia post Procedimiento (16), 7% de Vulvitis (12), 6% presentaron Cervicitis (11), y 3% presento Endometritis post parto (5). El 58% de la muestra no presentó ninguna complicación.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La incidencia de Revisión Manual de Cavidad Uterina durante 3 años representa un 2% de todos los partos atendidos. El 98% de todos los partos no necesitó esta intervención. Lo cual denota una adecuada atención de parto en el Hospital Público, a pesar de ser una institución de formación continua de nuevo personal de Obstetricia. No podemos comparar la incidencia del Revisión Manual de Cavidad Uterina con otras instituciones por la falta de estudios similares y porque dentro de la Historia Clínica Materna Perinatal Base, no se encuentra un rubro para poder registrarla estadísticamente. De la población a quienes se le practicó el procedimiento de Revisión Manual de cavidad Uterina, 56% se encuentra entre los 20 y 34 años de edad, 31% son menores de 19 años y 13% son mayores de 35 años. El promedio de edad alcanzado fue 24.8. Moda de: 16 años y Rango: 14 – 42 años. Douglas Jarquín G.1 y Sagastume H. en su estudio “Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema”. Realizado en el 2010 encuentra que 2 de tres pacientes tenían entre 20 a 35 años de edad, las adolescentes presentaron morbilidad en el 22.2 % de los casos. La edad media fue de 25.8 años con una moda de 21 años. Alvirde Álvaro, Rodríguez Aguñiga y cols. En su estudio “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Realizado el año 2009 nos dice que no hubo diferencias entre los dos grupos muestras en relación a edad. Morales

Dávila en su estudio; "Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia post parto en sala de parto del Hospital Amazonico Yarinacocha años: 2008 – 2009" encontró que más de 50% de pacientes estudiadas tenían entre 20 – 39 años.

El 70% de procedimientos aplicados fue realizado por 3 veces a una misma paciente, el 27% fue aplicado por 2 veces a una misma paciente y el 3% solo se realizó una vez. No se encontraron estudios que especifiquen la cantidad de veces que este procedimiento se realizó a una paciente. Por la falta de importancia sobre este tema Pero con el estudio realizado podemos decir que para mayor seguridad en la aplicación del procedimiento se realizó 3 veces en la mayoría de la muestra.

Las indicaciones por las cuales se realizó la Revisión Manual de Cavidad Uterina van en el siguiente orden: En primer lugar se encuentra la retención de membranas o restos placentarios con 49%, seguidamente la Extracción Manual De Placenta con 27%, 8% se realizó por sospecha de lesión corporal uterina (antecedente de Lgrado Uterino, AMEU, o Cesárea), 7% fue realizada por prematuridad, 4% se realizó por Obito Fetal, 3% por Ruptura Prematura de Membranas, 2% por Hipertensión en gestación, y ninguna de ellas fue realizada por Hemorragia uterina post parto. Sousa Salazar en su estudio, "factores de riesgo asociados a revisión manual de cavidad endouterina de las usuarias atendidas en el

Hospital Amazónico Yarinacocha 2008- 2009” realizada en el año 2009 dice que el antecedente de aborto y de cesárea previa (sospecha de lesión corporal Endouterina) NO es un factor de riesgo (25.7%) y (5.1%); el 71% de las pacientes sometidas a RMC tuvieron como patologías maternas: RPM, APPT, ITS. La extracción manual de placenta constituye una indicación de RMC obligatoriamente. La edad gestacional no constituye un factor de riesgo para RMC.¹² Douglas Jarquín G.1 y Sagastume H. en su estudio “Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema”. Realizado en el 2010, Entre los eventos más críticos asociados a MME seleccionamos los diagnósticos más frecuentes se encuentra la retención de restos placentarios con 11.1 % cada uno. y se clasificaron 24 casos de atonía uterina y 24 de Ruptura uterina. Alvir de Álvaro, Rodríguez Aguiñaga y cols. En su estudio “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Realizado el año 2009. Concluye que la revisión de cavidad uterina en postparto inmediato tiene indicaciones precisas y no debe realizarse de manera rutinaria, ya que no existe diferencia en cuanto a la presentación de complicaciones.⁸ Según estos resultados nos damos cuenta que la principal indicación para realizar la Revisión Manual de Cavidad Uterina, es la retención de placenta, restos placentarios y membranas.

La conducta terapéutica Profiláctica es aplicada a 65% de toda la muestra, a 5% se le administró tratamiento curativo, a 22% se le

administro ambos tratamientos y a 8% no se le administró ningún tratamiento. Chongsomchai C y cols. En su estudio “Antibióticos profilácticos para la extracción manual de la placenta retenida durante el parto vaginal” realizada en el 2005. Concluye en que no hay ningún ensayo controlado aleatorio que evalúe la efectividad de la profilaxis con antibióticos para prevenir la endometritis después de la extracción manual de la placenta en el parto vaginal.⁵ Bataglia-Araujo y cols. En su simposio “PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL” realizada en el año 2006. Concluye que el tratamiento antimicrobiano, tanto preventivo como terapéutico, debe fundamentarse en postulados de medicina basados en la evidencia y adecuarse a cada paciente individual y las posibilidades del nivel de atención. La demora en el inicio del tratamiento de la metritis o su manejo inadecuado pueden ocasionar a la mujer complicaciones graves, incluso la muerte, que pueden ser prevenidas. Y siempre que se deba tomar decisiones terapéuticas se debe respetar el orden de prioridades del tratamiento:– Salvar la vida– Preservar la función– Salvar el órgano.⁹

Si la Revisión Manual de Cavidad Uterina no es efectiva y existe una complicación después de esta, se debe recurrir a otro procedimiento de emergencia con la finalidad de preservar la salud y vida humana; en nuestro estudio la conducta de emergencia tomada en primer lugar fue el

Legrado Uterino con un 12%, solo un 1% de los casos se recurrió a Histerectomía, y en 87% de los casos no se necesitó otro procedimiento. Douglas Jarquín G.1 y Sagastume H. en su estudio “Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema”. Realizado en el 2010, narra que a 15.5 % de las pacientes se les realizó un procedimiento adicional al requerimiento de su atención obstétrica, 38 histerectomías, 2 laparotomías, 1 histerorráfia y 1 ligadura de Hipogástrica. El procedimiento adicional que narra Douglas jarquin y cols. No se realizó después de una Revisión Manual de Cavidad Uterina, solo se tomó como referencia para dar a conocer los procedimientos más usados ante cualquier complicación obstétrica post parto.

Dentro las complicaciones encontradas después de una Revisión Manual De Cavidad Uterina son: Vaginitis con 17%, el 9% presentó Hemorragia post Procedimiento, 7% de Vulvitis, 6% presentaron Cervicitis, y 3% presento Endometritis post parto. 58% de la muestra no presentó ninguna complicación. Douglas Jarquín G.1 y Sagastume H. en su estudio “Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema”. Realizado en el 2010, dice que la hemorragia con el 32%, seguido de 2 % de Infecciones son las principales complicaciones, en un post parto patológico. Evidenciamos que en nuestro estudio obtenemos solo 9% de hemorragia post procedimientos y dentro de las infecciones presentadas son la Vaginitis, Vulvitis y Cervicitis, lo cual no indica que

sea precisamente después de una Revisión Manual de Cavidad Uterina, pues puede indicar que las pacientes ya tenían esta infección previamente o puede estar influido por otros factores. Y el índice de hemorragia con la RMCU es mucho menor a una eventualidad normal encontrada en el estudio de Douglas. Alvirde Álvaro, Rodríguez Aguiñiga y cols. en su estudio “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Realizado el año 2009 dice que las complicaciones se presentaron en tres pacientes (4.61%) del grupo I y en una (1.53%) del grupo II. Las complicaciones en el grupo I fueron deciduitis en dos pacientes (3.07%) e infección de episiorrafia en una (1.53%). En el grupo II se presentó un caso de deciduitis (1.53%) como única complicación. Y concluye que no hay diferencias en cuanto a complicaciones entre un grupo caso y control. Bataglia-Araujo y cols. En su simposio “PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL” realizada en el año 2006. Concluye que la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la paciente obstétrica (15% de las muertes maternas en el mundo). El rango de incidencia de infecciones (de múltiples formas clínicas de presentación) después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea superior al 10%. La etiología de la infección puerperal es generalmente de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres, por lo que es fundamental para evitar su instalación el respeto

por las normas básicas de asepsia antisepsia por parte de los proveedores de atención y la limitación de las intervenciones a aquellas demostradas como necesarias para una atención calificada del parto. Sanabria Fromherz, MSc. y Fernández Arenas en su estudio “Comportamiento patológico del puerperio” realizada en el 2011, obtiene que la incidencia de las complicaciones puerperales fue del 3,05 %, las principales complicaciones halladas fueron la mastitis aguda (19,2 %) y endometritis puerperal (15,7 %). Las complicaciones se relacionaron con el parto vaginal en el 64,5 %, estadía hospitalaria entre 2 y 7 días ocurrió en el 66,3%. Morales Dávila en su estudio; “Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia post parto en sala de parto del HAY 2008 – 2009” realizado en el año 2009. Se encontró que dentro de las complicaciones del tercer periodo del parto el índice de hemorragia fue de 1.7%, el índice de hemorragia post parto fue mayor en partos post termino 17.4%.

VII. CONCLUSIONES

1. El número de casos de revisión manual de cavidad uterina en el Hospital Amazónico de Yarinacocha es de 2% (170) casos.
2. El número de veces que se realiza la revisión manual de cavidad uterina a cada paciente es: 2 a 3 veces 97% y el 3% solo se realizó una vez.
3. Las principales indicaciones para realizar la revisión manual de cavidad uterina es la retención de membranas o restos placentarios 49%, y la Extracción Manual de Placenta 27%.
4. 65% recibió terapéutica Profiláctica, 22% recibió ambos tratamientos (profiláctica y curativa).
5. 87% de los casos no se necesitó otro procedimiento, 12%(20) necesito Legrado Uterino.
6. La incidencia de complicaciones post procedimiento es: Infección (Vaginitis, Vulvitis, Cervicitis, y Endometritis) 0.3 casos por 100.000 personas sometidas a Revisión manual de cavidad Uterina. Y hemorragia post procedimiento es de 0.09 casos por 100.000 personas sometidas a Revisión manual de cavidad Uterina. 58% de la muestra no presentó ninguna complicación.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Recomendamos que en estudios posteriores se pueda abarcar años prospectivamente para verificar si la incidencia aumenta o disminuye con el avance de la tecnología en el Nosocomio.
2. Para mayor profundidad de futuros estudios recomendamos tomar nota de los nombres genéricos de los medicamentos administrados para verificar si estos cumplen con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.
3. Este estudio podría ampliarse abarcando factores predisponentes, antecedentes epidemiológicos y un seguimiento a largo plazo de los casos.
4. Promover la implementación de este ítem (Revisión manual de cavidad uterina) a la Historia Clínica Materna Perinatal Base.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS; La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Centro de prensa; La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo, 20 de octubre de 2003, 20-06-12. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/es/index.htm>
2. Purwar MB. Inyección en la vena umbilical para el tratamiento de la placenta retenida: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de enero de 2002). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Revista Perú, Reporta, "Perú", viernes, 04 de marzo de 2011 17:01 locales, política - economía – news; 03-06-12; disponible en: <http://www.perureporta.pe/mundo.html.com>
4. Mortalidad materna en el Perú durante el 2011 . Jueves, 03 de Noviembre de 2011 11:41 Escrito por Roy Palomino; 02-06-12; disponible en: <http://sebuscanperuanos.pe/nos-movemos/estamos-en-todas/623-mortalidad-materna-en-el-peru-durante-el2011>
5. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Antibióticos profilácticos para la extracción manual de la placenta retenida durante el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

6. Base de datos estadísticos, HOSPITAL AMAZONICO YARINACOA, fecha de consulta: Junio del 2011.
7. Dr. José Douglas Jarquín G., Dr. Egeberto Arturo Sagastume H. Vidas salvadas y muertes maternas en morbilidad materna extrema . Hospital regional de Cobán, Alta Verapaz Guatemala, enero a diciembre del 2010. Revista centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 08-06-2012; volumen 16, número 4: 141 pag.; disponible en: www.fecasog.org e-mail: revcog@intelnet.net.gt
8. Alvirde Osvaldo Álvaro, Gerardo Rodríguez Aguiñiga. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. Archivo de investigación Materno Infantil. Mayo-Agosto 2009; Vol. I, No. 2: pp 58-63
9. Vicente Bataglia-Araujo, Gloria Rojas de Rolón, Jorge Ayala; PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL(SIMPOSIO). Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):89-99 Disponible en: e-mail: vbataglia@hotmail.com
10. Dra. Zulma Elizabeth Sanabria Fromherz, MSc. Carmen Fernández Arenas, "Comportamiento patológico del puerperio" 2011, 2012 2000, *Editorial Ciencias Médicas Rev Cubana ObstetGinecol* vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011 Correo electrónico: carmanf.mtz@infomed.sld.cu.
11. Morales Dávila;"Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia post parto en sala de parto del HAY 2008 – 2009", Hospital Amazonico Yarinacocha/biblioteca del servicio de Ginecoobstetricia 2011.

12. Sousa Salazar, "factores de riesgo asociados a revisión manual de cavidad endouterina de las usuarias atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha 2008- 2009"; Hospital Amazonico Yarinacocha/biblioteca del servicio de Ginecoobstetricia 2011.
13. Kenneth J. Leveno, F. Gary Cunningham, MD/Kenneth J. Leveno, MD. et al Williams Manual de Obstetricia "Complicaciones en el embarazo". Vigésimosegunda edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A, 2008.pag 250 - 251,cap. 20.
14. F. Gary Cunningham, MD/Kenneth J. Leveno, MD. et al. OBSTETRICA de Williams. Vigésimosegunda edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A, 2006.pag 712 – 715
15. Schwarz, Sala, Duverges, et al. Obstetricia. Quinta edición, segunda reimpresión: Buenos Aires, El ateneo, 1996, 640p. pag. 533- 549
16. MONGRUT STEANE Andrés, Tratado de Obstetricia; CUARTA EDICION, Editorial MONPRESS e.i.r.l 2000; pág. 652 – 65.
17. Guía De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva, Perú: Ministerio de Salud, 2007, pág 143.
18. OMS; La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS última revisión: 15 de enero de 2002, 18-06-11. Disponible en: <http://www.oms/mundo.html.com>
19. Definición de Morbilidad por Cecilia.Tu definición ABC, tu diccionario hecho fácil [sede Web]. Tu definición ABC, tu diccionario hecho fácil; 2007 -

- 2012; 08-06-2012. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/lesión.php>.
20. Dr. Julio Pozuelos Villavicencio. **Vidas salvadas**; revista centroamericana de **Obstetricia y Ginecología**. 08-06-2012; volumen 16, número 4: 141 pag.; disponible en: www.fecasog.org e-mail: revcog@intelnet.net.gt
21. Wikipedia la enciclopedia libre, (sede web); Fundación Wikimedia, Inc. 13 jun 2012, a las 18:20. 1 pantalla. 06/07/12. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia>
22. Isabel Camano Gutierrez, Antonio Garcia Burguillo, Marina Lopez Serrano, Helena Frias Maroto y Jose Manuel Hernandez Garcia, PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, 16 de diciembre de 2009, disponible en: www.elsevier.es/pog.

X. ANEXOS

ANEXO 01

LISTA DE COTEJO

“Revisión Manual de Cavidad Uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010”

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Nº	
FECHA de parto	
HORA de parto	
HISTORIA CLINICA	
EDAD	
TIPO DE PARTO	
FORMULA OBSTERICA	

II. CARATERISTICAS DE LA REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

Nº	Items	Alternativas	SI	NO
1	Veces que se realizó la Revisión Manual de Cavidad Uterina	01 vez		
		02 veces		
		03 veces a más		
2		Retención de fragmentos placentarios o membranas.		

	Indicación por la que se realizó la Revisión Manual de Cavidad Uterina	Alumbramiento manual previo.		
		Sospecha de lesión corporal uterina y cesárea anterior.		
		Presencia de hemorragia uterina postparto.		
		Parto pre término.		
		Ruptura de membranas de seis horas o mayor.		
		Enfermedad hipertensiva del embarazo.		
		Óbito fetal.		
3	Terapéutica después de la Revisión Manual de Cavidad Uterina	Profiláctico		
		Curativo		
4	Conducta de emergencia tomada post procedimiento	Ninguna		
		Legrado Uterino Puerperal		
		Histerectomía Abdominal		
5	Después de la Revisión Manual de Cavidad Uterina, La paciente presenta las siguientes complicaciones.	Hemorragia		
		Vulvitis		
		Vaginitis		
		Cervicitis		
		endometritis		

ANEXO 02

FORMATOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

“Revisión Manual de Cavidad Uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010”

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

- Noemí Mirelly Calle Silva
- Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades					
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.					
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.					
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación,					

		agradecimiento, datos demográficos, instrucciones					
5	Confiabilidad	El instrumento es confiables porque se aplicado el test-retest (piloto)					
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas					
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactadas utilizando la técnica de lo general a lo particular					
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.					
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.					
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado					

Observaciones:.....

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado-

Tarapoto,.....

.....

Firma del experto

DNI

ANEXO N° 03

CONSTANCIA DEL PROYECTO REALIZADO



CONSTANCIA

QUIENES SUSCRIBEN:

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Y COORDINADOR DE INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN – TARAPOTO, DEL HOSPITAL AMAZÓNICO.

HACEN CONSTAR:

Que, la Interna de Obstetricia **NOEMI MIRELLY CALLE SILVA**, alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**, ha realizado y presentado su Trabajo de Investigación, titulado "BENEFICIOS DE LA REVISION MANUAL DE CAVIDAD COMO MANEJO PRIMARIO PARA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POST PARTO, POST EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA, RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS Y DE MEMBRANAS OVULARIOS EN PACIENTES CON PARTO(S) ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZÓNICO – YARINACOA, EN EL PERIODO ENERO 2008 – DICIEMBRE 2010", revisado por el Coordinador de Internos y con segunda revisión y aprobación del quien suscribe.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Yarinacocha, 30 de setiembre del 2011

 **MINISTERIO DE SALUD**
DIRESAU-GRU
Hospital Amazónico
Dr. Reinaldo G. Mitma Vásquez
Jefe del Dpto. de Gineco - Obstetricia
C.M.P. 28969 R.N.E. 16762

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU-GDS-GRU
Hospital Amazónico
Jorge Isaac Silva Reategui
OBSTETRA
C.O.P. 11012

ANEXO 4

FORMATOS DE VALIDACION FIRMADA POR PROFESIONALES.

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

"Revisión Manual de Cavidad Uterina como medida preventiva de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 - Diciembre 2010"

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemi Mirella Calle Silva
Wilson Edgardo Bartra Acevallo

EXPERTO:

Obst. Sofia Peña Vidalón

instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

Nº	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Los propósitos están establecidos en forma clara y precisa, sin ambigüedades			✓		
2	Cobertura	Los propósitos generales cubren con la totalidad los variables a evaluar en el estudio				✓	
3	Validar	Los propósitos generales cubren las variables a evaluar en el estudio			✓		
4	Organización	Los indicadores están bien organizados y son claros, precisos, concisos y fáciles de entender			✓		
5	Fiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó en diferentes momentos			✓		
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas orientadas a controlar los sesgos de selección de los sujetos		✓			
7	Ética	Los propósitos y métodos de la investigación están bien definidos y son claros y precisos		✓			
8	Alcance de la muestra	Los propósitos y métodos de la investigación están bien definidos y son claros y precisos		✓			
9	Eficiencia	El instrumento de medición es claro y preciso y es fácil de entender		✓			

SI	NO	Observaciones							
		Las preguntas están bien organizadas y son fáciles de entender	✓						

Observaciones:

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Tarapoto, 05 de Julio del 2012
Sofia Peña Vidalón
C.O.P. 8838
QASTT/RIZ
MUNICIPIO DE YARINACOA
0114024

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL PROYECTO:

**"Revisión Manual de Cuidado Uterino como medida preventiva de complicaciones
puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.
Enero 2008 – Diciembre 2010"**

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemi Mirethy Caste Silva

Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Obst. Hilda González Navarro

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Exhaustivo	Homogeneo	Simen	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, en un lenguaje sencillo		X			
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del estudio		X			
3	Validez	Las preguntas han sido validadas tomando en cuenta los valores de confiabilidad y criterios		X			
4	Organización	La información es ofrecida, considerando la presentación, según los contenidos, datos demográficos, instrumentales		X			
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-retest (aplicado)		X			
6	Control de scope	El cuestionario abarca preguntas distintas para controlar la comprensión de las respuestas		X			
7	Orden	El cuestionario y test-retest han sido confeccionados utilizando la técnica del 10 general a 10 particular		X			
8	Minimizar Redundancia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al manejo de redacción del cuestionario lenguaje, nivel de entendimiento		X			
9	Extensión	El cuestionario y preguntas no exceden de 10 preguntas y se enuncian a las variables		X			

10	financiamiento	¿Las preguntas constituyen riesgo para el encuestado?	X				
----	----------------	---	---	--	--	--	--

Observaciones:

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Tarapoto, 05 de Julio del 2012

HILDA GONZALEZ NAVARRO
COP 4845
Firma del experto
12/5/2013 1377

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

Revisión Manual de Cavidad Uterina como medida preventiva de complicaciones
ginebrales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.
Enero 2008 - Diciembre 2010

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemi Mirally Calle Silva
Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Dr. Félix Alfredo Figueroa Fernández

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los
indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno,
regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas-ítems redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades			X		
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables o indicadores del problema			X		
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y constructo				X	
4	Organización	La presentación es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, antecedentes			X		
5	Credibilidad	El instrumento es confiable porque se incluye el test-retest (reliability)		X			
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de los datos		X			
7	Origen	Las preguntas y respuestas han sido elaboradas antes de la técnica de la prueba o cuestionario		X			
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del cuestionario, lenguaje, nivel de información		X			
9	Extensión	El número de preguntas es ni excesivo ni está en relación a las variables		X			

Correspondencia a indicadores del problema						
10	Tratamiento	La frecuencia de la intervención de cada una de las variables		X		

Observaciones:

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado

Tarapoto, 05 de Julio del 2012

Figueroa
Firma del experto
DR. FÉLIX A. FIGUEROA FERNÁNDEZ
MÉDICO GINECO - OBSTETRA
DNI 67259841 CMP 32808 RNE 16571

ANEXO 4

FORMATOS DE VALIDACION FIRMADA POR PROFESIONALES.

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

"Revisión Manual de Cavidad Uterina como medida preventiva de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010"

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemi Mirelly Calle Silva
Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Obst. Sofia Pena Vidalón

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades.			✓		
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, los variables e indicadores del proyecto.				✓	
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.			✓		
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.			✓		
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-retest (pilotaje).			✓		
6	Control de sesgo	Previo a algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.		✓			
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular.		✓			
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del fenómeno: lenguaje, nivel de información.		✓			
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables.		✓			

		dimensiones e indicadores del problema.				
10	Inocuidad	Las preguntas no conllevan riesgo para el encuestado	✓			

Observaciones:.....

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado.

Tarapoto, 05 de Julio del 2012

Sofia Pena Vidalón
 Q8517/R12 - C.O.P. 6830
 MEDICINA ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA
 01114024

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

"Revisión Manual de Cavidad Uterina como medida preventiva de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.
Enero 2008 – Diciembre 2010"

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemí Mirelly Calle Silva
Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Obst. Hilda González Navarro

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades		X			
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables o indicadores del proyecto.		X			
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.		X			
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.		X			
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó al test-retest (piloto).		X			
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.		X			
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular.		X			
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.		X			
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables.		X			

		dimensiones e indicadores del problema					
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado		X			

Observaciones:.....

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado-

Tarapoto, 05 de Julio del 2012

Hilda González Navarro
OCT 4 2012
HOSPITAL AMAZONICO
YARINACOA
1377

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

"Revisión Manual de Cavidad Uterina como medida preventiva de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Enero 2008 – Diciembre 2010"

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

Noemí Mirelly Calle Silva
Wilson Eduardo Bartra Arevalo

EXPERTO:

Dr. Félix Alfredo Figueroa Fernandini

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades			X		
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.			X		
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.				X	
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones			X		
5	Confiable	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-retest (reliability)		X			
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas		X			
7	Orden	Las preguntas y respuestas han sido redactadas utilizando la técnica de lo general a lo particular		X			
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.		X			
9	Estratificación	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables.		X			

	Dimensiones e indicadores del problema.				
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado		X	

Observaciones: _____

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado:

Tarapoto, 05 de Julio del 2012

Firma del experto

DNI 07259841

DR. FÉLIX A. FIGUEROA FERNANDINI
MÉDICO GINECO - OBSTETRA
CMP 32858 RNE 16571